

Patient: Name, Vorname _____ Geb.datum _____

versichert über: Name, Vorname _____ Geb.datum _____

Anschrift: Straße, Hausnr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____ Mobil _____

E-Mail _____

Krankenkasse: _____

GKV-pflichtversichert GKV-freiwillig privat Basistarif Selbstzahler

Sie sind auf uns aufmerksam geworden durch _____

Einige allgemeinmedizinische Erkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deshalb erbitten wir einige Angaben, zu Ihrer eigenen Sicherheit und die der anderen Patienten. Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht.

Kreuzen Sie bitte zutreffendes an:

	ja	nein	Bemerkungen/Medikamente
Allergie			
Atemwegserkrankungen			
Herz-/Kreislaufkrankungen			
Herzschrittmacher			
Blutdruck			
Bluterkrankungen			
Diabetes/Blutzucker			
Stoffwechselerkrankungen/Schilddrüse			
HIV-Infektion/AIDS/andere Infektionskrankheiten			
Lebererkrankungen/Hepatitis			
Nierenerkrankungen			
Osteoporose			
Rheuma			
Multiple Sklerose			
Parkinson			
Tumor/Krebs			
Medikamentenunverträglichkeiten/Antibiotika/Schmerzmittel etc.			
Komplikationen bei früheren lokalen Anästhesien/Vollnarkosen (ITN)			
Geistige oder körperliche Behinderung			
Spastiken/Epilepsie			
Psychische Erkrankungen (Depression)			
Autoimmunerkrankungen			
vergangene/aktuelle Drogenabhängigkeit			

Sonstige Erkrankungen: _____

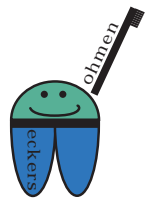
Besteht eine Schwangerschaft? nein ja _____ Monat

Komplikationen: nein ja Welche? _____

Behandelnder Frauenarzt: _____

Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung/Hausarzt? nein ja

Name/Anschrift des Arztes _____



	ja	nein	Bemerkungen/Medikamente
Sind Sie Raucher?			
Zeigen Sie ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen, wie Ohnmacht/Übelkeit?			
Leiden Sie oft an Kopfschmerzen oder Verspannungen im Gesichts-/Nackенbereich?			
Haben Sie Probleme/Schmerzen im Kiefergelenk oder in der Ohrumgebung?			
Haben Sie Angst?			
Waren Sie im vergangenen Jahr in zahnärztlicher Behandlung?			
Haben Sie Beschwerden beim Kauen?			
Gibt es empfindliche oder störende Zähne?			
Haben Sie Zahnfleischprobleme oder einen Zahn durch Zahnlockerung verloren?			
Halten Sie den Erhalt Ihrer eigenen Zähne für wichtig?			
Wurde bei Ihnen schon eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt?			
Wurden Sie kieferorthopädisch behandelt?			
Knirschen Sie mit den Zähnen?			
Gab/Gibt es Komplikationen bei der zahnärztlichen Behandlung?			

Nun noch einige Worte zu unserer Organisation:

Um Ihnen unnötige Wartezeiten zu ersparen und um Sie in Ruhe behandeln zu können, wird unsere Praxis nach dem Bestell-System geführt. Wir bitten Sie einen kurzfristigen Behandlungswunsch auf unsere Warteliste für freiverwendende Termine vermerken zu lassen und in einem unvorhergesehenen Notfall vorher anzurufen. Wir werden dann unser mögliches tun, Ihnen zügig Sprechzeit zu reservieren. Sollten Sie Ihren Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie um rechtzeitige Benachrichtigung (mindestens 24 Stunden vorher), damit wir diese reservierte Zeit noch anderweitig weitergeben können. Anderenfalls kann Ihnen die reservierte, aber nicht genutzte Zeit in Rechnung gestellt werden.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben:

Heinsberg, den _____
Datum Unterschrift Patient

Vorsorge/Erinnerung (Recall)

Nach der aktiven Behandlungsphase bieten wir unseren Patienten einen *kostenlosen* Service zur Vorsorge (Recall) an, denn Langzeitstudien haben gezeigt, dass die Sicherung des Behandlungsergebnisses durch eine professionelle Betreuung nach Abschluss der Behandlung deutlich verbessert wird. Angepasst an Ihre individuelle Behandlungssituation kann der Abstand zwischen den Recall-Terminen zwei bis sechs Monate betragen.

Ein dauerhafter Behandlungserfolg hängt von Ihrer aktiven häuslichen Mitarbeit und der regelmäßigen zahnärztlichen Untersuchung ab. Wir erinnern Sie daher im Rahmen unseres „Recall-Service“ an Untersuchungen und/oder Behandlungen, damit Sie regelmäßig einen Termin in unserer Praxis vereinbaren.

Einverständniserklärung

Ich möchte den Recall-Service Ihrer Praxis in Anspruch nehmen. Bitte erinnern Sie mich in regelmäßigen Abständen schriftlich, telefonisch, per Fax oder E-Mail an einen Vorsorge-Termin zur Untersuchung und/oder zur Behandlung. Die Teilnahme am Recall kann ich jederzeit widerrufen.

Heinsberg, den _____
Datum Unterschrift Patient

Ich möchte den Recall-Service Ihrer Praxis nicht in Anspruch nehmen